

اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر اضافه وزن و چاقی افراد مبتلا به بیماری کرونری قلب

دکتر یداله قاسمی پور⁽¹⁾، دکتر هادی بهرامی احسان⁽²⁾، سمیه عباس پور⁽³⁾، دکتر حمید پورشرفی⁽⁴⁾

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر اضافه وزن و چاقی در بیماران مبتلا به بیماری کرونری قلب (CHD) بود. **روش:** در قالب طرح آزمایشی پیش آزمون- پس آزمون با گروه شاهد، 110 نفر از بیماران که عمل باز کرونری قلب روی آنان انجام شده بود و نمایه توده بدن (BMI) مساوی یا بزرگتر از 25 داشتند، انتخاب شدند. گروه آزمایش (n=60) در جلسه‌های مصاحبه انگیزشی شرکت کردند و در گروه شاهد (n=50) روال معمولی بیمارستان طی شد. نمایه توده بدن (BMI)، و شدت افسردگی، اضطراب و استرس در دو نوبت پیش آزمون و پس آزمون (سه ماه بعد) در هر دو گروه ارزیابی شد. داده‌ها با توجه به ملاک‌های اضافه وزن و چاقی، با روش تحلیل واریانس تکرار سنجش، تحلیل شد. **یافته‌ها:** در مورد گروه دارای اضافه وزن، یافته‌ها نشان داد اثر تعاملی زمان‌بندی و گروه‌بندی بر BMI معنی‌دار بود ($F=6/80, p<0/05$). اندازه اثر تعاملی در حد متوسط بود. **نتیجه‌گیری:** مصاحبه انگیزشی در کنترل اضافه وزن بیماران مبتلا به CHD مؤثر است، اما در کنترل چاقی این بیماران تأثیری ندارد.

کلیدواژه: مصاحبه انگیزشی؛ اضافه وزن؛ چاقی؛ بیماری کرونری قلب

[دریافت مقاله: 1390/8/29؛ پذیرش مقاله: 1390/12/17]

276

276

مقدمه

تغییرپذیر⁴ و تغییرناپذیر⁵ تقسیم کرد: عوامل خطر تغییرپذیر مانند پرفشاری خون، هیپرلیپیدمی، چاقی، دیابت، فعالیت بدنی اندک و مصرف سیگار، و عوامل خطر تغییرناپذیر مانند سن، جنسیت مذکر و سابقه خانوادگی بیماری زودرس عروق کرونر.

از میان عوامل خطر تغییرپذیر CHD، اضافه وزن و چاقی اهمیت زیادی دارند. گسترده‌ترین روش تعریف چاقی، نمایه توده بدن⁶ (BMI) است که از تقسیم وزن بر مجذور قد به دست می‌آید (6). بر پایه تعریف WHO، BMI برابر 29/9-25 و بالاتر از 30 به ترتیب نشانگر اضافه وزن و چاقی است. اضافه وزن و چاقی، افزون بر این که از عوامل خطر مستقل

بر پایه گزارش سازمان جهانی بهداشت¹ (WHO)، بیماری کرونری قلب² (CHD) در کشورهای با سطح درآمد پایین و بالا به ترتیب نخستین و دومین علت اصلی مرگ و میر است (1). یک بررسی (2)، نشان داد CHD نخستین علت عمده مرگ و میر در ایران، در سال 2000، بوده است. بنابراین، به نظر می‌رسد این بیماری بیشترین بار بیماری‌ها³ را به خود اختصاص داده باشد. هم‌چنین CHD علت عمده هزینه‌های بهداشتی است (3). بررسی‌های همه‌گیرشناختی عوامل متعددی را که باعث افزایش احتمال بروز CHD می‌شود، شناسایی کرده‌اند (4، 5). این عوامل را می‌توان به دو دسته

(1) دکترای روانشناسی سلامت، استادیار دانشگاه ملایر. همدان، ملایر، کیلومتر چهار جاده اراک، دانشگاه ملایر، دانشکده ادبیات و علوم انسانی. دورنگار: 0851-3339844 (نویسنده مسئول). E-mail: y.ghasemipour@malayeru.ac.ir؛ (2) دکترای روانشناسی، دانشیار دانشگاه تهران؛ (3) کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه الزهراء؛

(4) دکترای روانشناسی سلامت، استادیار دانشگاه تبریز.

1- World Health Organization
3- burden of disease
5- non-modifiable

2- coronary heart disease
4- modifiable
6- Body Mass Index

به طور مستقیم دوسوگرایی²⁰ مراجع برای تغییر را کشف و آن را برطرف می کند (16). بنابراین، دوسوگرایی مراجع نقش محوری در مصاحبه انگیزشی دارد. به طور معمول، انگیزه بیشتر مراجعان متعارض است؛ در یک سو، دلایل خوبی برای تغییر رفتارهای کنونی دارند، و از سوی دیگر، از سود و زیان مرتبط با تغییر کردن یا ماندن در وضعیت کنونی آگاهند. این تعارض در انگیزه ها، مراجع را در حالتی قرار می دهد که توانایی تغییر ندارد، مگر این که تشویق شود تا الگوی رفتاری جدیدی را جایگزین رفتار پیشین کند. مصاحبه انگیزشی به مراجع امکان می دهد تا به طور آشکار دوسوگرایی اش را بیان کرده، انگیزه های متعارض خود را شناسایی و به طور رضایت بخشی حل کند. این امر از راه راهنمایی مستقیم مصاحبه گر برای تغییرهای رفتاری مناسب صورت می گیرد (20). بنابراین، در مصاحبه انگیزشی مصاحبه گر به طور مستقیم مراجع را تشویق یا اجبار به تغییر نمی کند، بلکه این مسئولیت پذیری مراجع است که تعیین کننده تصمیم وی برای تغییر کردن یا نکردن است. نقش مصاحبه گر کمک به مراجع برای شناسایی و آشکار کردن انگیزه های متعارضش است. هم چنین مصاحبه گر اطلاعات و حمایت لازم برای تغییر را فراهم و رویکردهای جایگزین و راه های بالقوه تغییر را پیشنهاد می کند (15).

از آنجا که یکی از مهم ترین عوامل خطر CHD اضافه وزن و چاقی است و از سوی دیگر، این عامل پس از عمل جراحی کرونر قلب در عود بیماری نقش مهمی دارد، در پژوهش حاضر، اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر BMI بیماران عروق کرونر قلب دارای اضافه وزن و مبتلا به چاقی بررسی شد.

روش

این پژوهش با کد IRCT20112108358N1 در سایت کارآزمایی بالینی کشور ثبت شده است. در پژوهش حاضر،

CHD هستند، به طور غیرمستقیم نیز بر سایر عوامل خطر CHD، مانند پرفشاری خون، اختلال چربی خون¹ و دیابت اثر منفی می گذارند؛ بدین معنی که سطح کلسترول و تری گلیسرید را افزایش و سطح چربی خون با چگالی بالا (HDL) را کاهش می دهند. این دو هم چنین باعث افزایش فشارخون می شوند و ممکن است به بروز دیابت منجر شوند کنند. از سوی دیگر، چاقی یکی از مؤلفه های اصلی نشانگان سوخت و ساز² است. چاقی، از راه افزایش حجم کلی خون و برون داد قلبی، اثر بدی بر جریان خون و هم چنین ساختار و عملکرد عروق قلب می گذارد. بار کاری قلب در افراد مبتلا به چاقی بیشتر است (7). چاقی باعث رشد نوارهای چربی³ در شریان های راست قلب می شود که از مراحل اولیه آترواسکلروز به شمار می رود (8). پژوهش ها رابطه میان BMI و افزایش خطر ابتلا به CHD را نشان داده اند. در سنین میان سالی، میزان BMI تا 22 برای مردان قابل قبول است، ولی به ازاء هر واحد افزایش BMI بیشتر از 22، خطر مرگ و میر ناشی از CHD چهار تا پنج درصد افزایش می یابد (9).

مصاحبه انگیزشی⁴ از جمله مداخله هایی است که برای تغییر عوامل خطر CHD به کار می رود (10-12). دو پژوهش اثربخشی مصاحبه انگیزشی را، در مقایسه با سایر درمان های روان شناختی، برای کنترل اضافه وزن و چاقی (13) و بهبود شاخص های سلامت در بیماران مبتلا به دیابت (14) تأیید کرده اند.

مصاحبه انگیزشی نخستین بار از تجارب بالینی میلر⁵ در درمان مشکل مربوط به نوشیدن الکل پدید آمد (15). اصول و روش های بالینی این نوع مصاحبه، توسط میلر و رولنیک⁶ توسعه یافت (16). میلر مصاحبه انگیزشی را بر پایه اصول روانشناسی اجتماعی آزمایشی (اسنادهای علی⁷، ناهماهنگی شناختی⁸ و خودکارآمدی⁹) تعریف کرد (15). مصاحبه انگیزشی در ارتباط با مدل فرانظریه ای¹⁰ تغییر رفتار (17) و مفهوم آمادگی برای تغییر¹¹ (18) نیز توسعه یافت. ابتدا، چهار اصل زیربنایی مصاحبه انگیزشی عبارت بودند از: کنار آمدن با مقاومت بیمار¹²، ایجاد ناهماهنگی¹³، نشان دادن هم دلی¹⁴ و حمایت از خودکارآمدی بیمار¹⁵ (16). بعدها، این چهار اصل بدین صورت تغییر کرد: مقاومت در برابر بازتاب تعادل¹⁶ (R)، فهم انگیزش مراجع¹⁷ (U)، گوش دادن به مراجع¹⁸ (L) و توانمندسازی مراجع¹⁹ (E) که سرواژه RULE برای آن به کار می رود (19). مصاحبه انگیزشی برای افزایش انگیزه درونی،

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| 1- dyslipidemia | 2- metabolic syndrome |
| 3- fatty streaks | 4- motivational interview |
| 5- Miller | 6- Rollnick |
| 7- attribution of causality | 8- cognitive dissonance |
| 9- self efficacy | 10- transtheoretical model |
| 11- readiness to change | 12- rolling with resistance |
| 13- development of discrepancy | |
| 14- expressing empathy | |
| 15- supporting self-efficacy | |
| 16- resistance of the righting reflex | |
| 17- understanding client's motivation | |
| 18- listening to client | 19- empowering client |
| 20- ambivalence | |

طرح آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه شاهد استفاده شد: دو گروه آزمایش (60 نفر) و شاهد (50 نفر) از میان بیمارانی که تحت عمل باز کرونر قلب¹ (CABG) قرار گرفته و در کلینیک بازتوانی قلب پذیرش شده بودند، هم‌چنین مبتلا به چاقی یا دارای اضافه وزن بودند، به‌شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود بیماران عبارت بود از: $BMI \leq 25$ ؛ انجام عمل باز کرونر قلب؛ نداشتن اختلالات محور I و II، بر اساس چهارمین ویراست تجدیدنظرشده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی² (DSM-IV-TR) (21)؛ نداشتن اختلالات مرتبط با چاقی، مانند اختلال غده تیروئید؛ توانایی شرکت در جلسه‌های مصاحبه انگیزشی و دست‌کم داشتن تحصیلات ابتدایی. پیش‌آزمون (سنجش متغیرهای روان‌شناختی و BMI) روی هر دو گروه آزمایش و شاهد اجرا شد. در گروه آزمایش، افزون بر روال معمول بیمارستان، مصاحبه انگیزشی انجام شد. گروه شاهد تنها روال معمول بیمارستان را طی کرد. پس از سه ماه، در هر دو گروه متغیرهای روان‌شناختی و BMI به‌عمل آمد. تعداد جلسه‌های شرکت در ورزش بازتوانی قلب نیز اندازه‌گیری شد. برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار رفت:

ترازوی خط‌کش دار: برای اندازه‌گیری BMI یک ترازوی خط‌کش دار به کار رفت. آزمودنی‌ها بدون کفش روی ترازوی خط‌کش دار ایستادند تا به‌طور هم‌زمان قد و وزن آنان اندازه‌گیری شود. سپس BMI با تقسیم وزن (به کیلوگرم) بر مجذور قد (به متر) محاسبه شد.

نسخه 21 گویه‌ای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس³ (DASS-21) (22) توانایی تشخیص و غربالگری نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس را طی یک هفته گذشته دارد. این مقیاس دو فرم کوتاه (21 گویه‌ای) و بلند (42 گویه‌ای) دارد. گزینه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای، از صفر (هیچ‌وقت) تا سه (همیشه)، است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در جوامع غربی 0/90 گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ نسخه فارسی آن نیز روی بیماران کاترسم قلبی⁴ برای خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب 0/94، 0/92 و 0/82 گزارش (23) و روایی سازه آن (24-26) نیز تأیید شده است.

پیش از اجراء، راهنمای مصاحبه انگیزشی برای بیماران مبتلا به CHD و عوامل خطر آن متناسب‌سازی شده بود.

بیماران گروه آزمایش به گروه‌های 8 تا 15 نفری تقسیم شدند و در چهار جلسه گروهی شرکت کردند. مدت زمان هر جلسه تقریباً 90 دقیقه بود. فاصله میان جلسه‌های مصاحبه انگیزشی دو روز بود و مداخله هر گروه، ده روز طول کشید. در طول جلسه‌ها دستیار پژوهش برای توزیع مواد لازم میان بیماران و کمک به آن‌ها در انجام تمرین‌ها حضور داشت. تمام جلسه‌های مصاحبه انگیزشی ضبط ویدویی شد. در آخر هر جلسه برگه زمان‌بندی حضور و غیاب بیماران امضاء و مهر می‌شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار IBM-SPSS-19⁵ و با آزمون t و تحلیل واریانس تکرار سنجش⁶ انجام شد.

یافته‌ها

از 110 آزمودنی، 25 نفر (22/7 درصد) زن و 85 نفر (77/3 درصد) مرد بودند. میانگین (و انحراف معیار) سن آزمودنی‌ها 57/99 (9/63) سال بود. در مورد متغیر جنسیت، آزمون مجذور خی نشان داد تفاوت معناداری میان دو گروه آزمایش و شاهد در افراد دارای اضافه وزن ($p=0/12$)، $\chi^2_{1,77}=2/47$ و مبتلا به چاقی ($p=0/36$)، $\chi^2_{1,33}=0/83$ وجود نداشت. در مورد متغیر سن نیز آزمون t مستقل نشان داد تفاوتی میان دو گروه آزمایش و شاهد در افراد دارای اضافه وزن ($p=0/32$)، $t=1/00$ ، $df=75$ و مبتلا به چاقی ($p=0/10$)، $t=1/69$ ، $df=31$ وجود نداشت.

برای بررسی اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر چاقی و اضافه وزن، بیماران بر پایه ملاک‌های موجود در ادبیات پژوهش، به دو گروه مبتلا به چاقی ($BMI \leq 30$) و دارای اضافه وزن ($25 \leq BMI \leq 29/99$) تقسیم شدند و سپس تحلیل‌های بعدی به‌طور مجزا روی آنان انجام گرفت. میان تعداد جلسه‌های بازتوانی دو گروه آزمایش و شاهد تفاوتی وجود نداشت.

یافته‌ها نشان داد در مورد گروه دارای اضافه وزن، BMI در پس‌آزمون، در هر دو گروه آزمایش و شاهد افزایش یافته بود. شدت افسردگی ($p<0/05$)، $t=2/12$ و BMI ($p<0/05$)، $t=2/12$ در پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و شاهد تفاوت

1- coronary artery bypass surgery

2- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition-Text Revision

3- Depression, Anxiety and Stress Scale-21

4- coronary catheterism

5- IBM- Statistical Package for the Social Science-Version 19

6- repeated measures

اضطراب و استرس به عنوان متغیرهای هم‌پراش وارد تحلیل شدند تا اثر آن‌ها بر BMI حذف شود. در مورد گروه دارای اضافه وزن، یافته‌ها نشان داد اثر تعاملی زمان‌بندی در گروه‌بندی بر BMI معنی‌دار است ($p < 0/05$, $df=1$, $F=6/80$). اندازه اثر تعاملی نیز در حد متوسط ($\partial^2=0/09$) است. این یافته‌ها نشان می‌دهد مصاحبه انگیزشی توانسته در BMI بیماران دارای اضافه وزن تفاوت معنی‌دار ایجاد کند. در مورد گروه مبتلا به چاقی، هیچ‌یک از آثار اصلی و تعاملی متغیرهای زمان‌بندی و گروه‌بندی معنی‌دار نبود. اگرچه BMI در گروه آزمایش در پس‌آزمون کاهش نسبی نشان داد، این کاهش در مقایسه با گروه شاهد معنی‌دار نبود (جدول 2).

داشت. این تفاوت در دو خرده‌مقیاس اضطراب و استرس دیده نشد. در مورد گروه مبتلا به چاقی، BMI گروه آزمایش در پس‌آزمون کاهش یافته بود. در این گروه، دو گروه آزمایش و شاهد، در پیش‌آزمون در متغیر افسردگی تفاوت داشتند ($p < 0/05$, $t=2/18$) و در سایر متغیرها میان دو گروه تفاوتی دیده نشد (جدول 1).

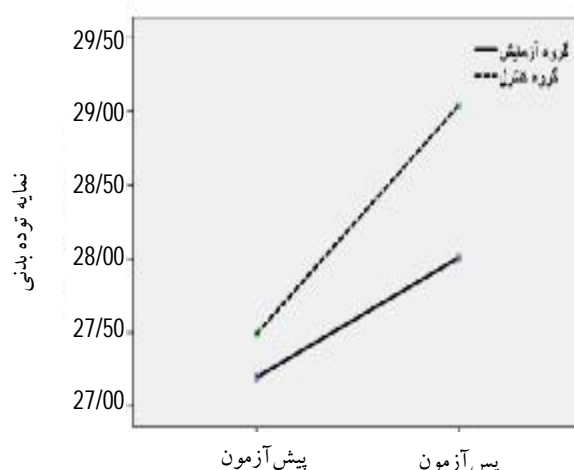
برای تعیین اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر اضافه وزن و چاقی، روش تحلیل واریانس تکرار سنجش به کار رفت. در این تحلیل، اثرهای عامل درون‌آزمودنی زمان‌بندی (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) و عامل بین‌آزمودنی گروه‌بندی (آزمایش و کنترل) بر BMI بررسی شد. متغیرهای افسردگی،

جدول 1- میانگین و انحراف استاندارد نمایه توده بدنی (BMI)، افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به بیماری کرونری قلب (CHD) در دو گروه دارای اضافه وزن و مبتلا به چاقی

		گروه دارای اضافه وزن		گروه مبتلا به چاقی	
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
نمایه توده بدنی افسردگی اضطراب استرس	آزمایش (n=40)	26/27 (1/44)	28/04 (1/48)	31/70 (2/76)	32/54 (2/08)
		9/76 (3/77)	5/42 (3/44)	6/03 (3/03)	11/87 (5/17)
		4/76 (3/02)	5/87 (3/52)	5/49 (4/23)	6/25 (4/69)
		6/92 (4/34)	8/57 (3/53)	9/02 (6/16)	8/88 (4/94)
نمایه توده بدنی افسردگی اضطراب استرس	شاهد (n=37)	27/42 (1/58)	29/01 (1/79)	32/66 (3/81)	32/46 (2/11)
		9/56 (3/46)	3/84 (3/06)	4/27 (3/28)	8/23 (3/75)
		5/15 (3/62)	5/06 (3/76)	4/45 (2/51)	4/52 (2/35)
		8/17 (5/09)	7/40 (4/41)	7/76 (3/33)	6/00 (4/58)

جدول 2- یافته‌های تحلیل واریانس با تکرار سنجش نمایه توده بدن (BMI) با اثر دو عامل زمان‌بندی × گروه‌بندی با کنترل افسردگی، اضطراب و استرس در پیش‌آزمون دو گروه بیماران دارای اضافه وزن و مبتلا به چاقی

منبع واریانس	درجه آزادی	F	سطح معنی‌داری	مجذور جزئی ای‌تا
زمان‌بندی (پیش‌آزمون و پس‌آزمون)	1	9/67	0/003	0/12
	1	1/01	0/31	0/01
	1	0/01	0/90	0/000
	1	1/95	0/16	0/03
	1	6/80	0/011	0/09
	72			
گروه‌بندی (پیش‌آزمون و پس‌آزمون)	1	0/10	0/74	0/004
	1	0/03	0/85	0/001
	1	0/001	0/98	0/000
	1	0/13	0/71	0/005
	1	0/59	0/44	0/02
	28			
واریانس خطا				



شکل 1- تأثیر مصاحبه انگیزشی بر نمایه توده بدن (BMI) دو گروه آزمایش و شاهد که دارای اضافه وزن بودند

شکل 1 تغییرهای اضافه وزن را بر پایه BMI در دو گروه آزمایش و شاهد نشان می‌دهد. میزان افزایش در BMI از پیش آزمون تا پس آزمون در گروه آزمایش تفاوت معنی‌داری با میزان افزایش این نمایه در گروه شاهد داشت. BMI گروه شاهد در پس آزمون بیشتر از BMI گروه آزمایش بود.

بحث

یافته‌های پژوهش در مورد اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر اضافه وزن ($25 \leq BMI \leq 29/99$) بیماران مبتلا به CHD نشان داد مصاحبه انگیزشی در کنترل اضافه وزن، به‌عنوان یکی از عوامل خطر CHD، تأثیر می‌گذارد. این یافته هم‌سو با پژوهش‌هایی است که تأثیر مصاحبه انگیزشی بر کاهش وزن را در بیماران قلبی - عروقی تأیید کرده‌اند (10، 12، 27، 28). به این ترتیب، می‌توان مصاحبه انگیزشی را به‌عنوان یکی از روش‌های مؤثر بر کاهش وزن بیماران قلبی - عروقی به کار برد. این روش می‌تواند اثر سایر مداخله‌های درمانی بر کاهش وزن را بهبود بخشد (13). از آنجا که اضافه کردن وزن از سبک زندگی افراد تأثیر می‌پذیرد، افراد با شرکت در جلسه‌های مصاحبه انگیزشی دودلی خود را در مورد تغییر یا تداوم سبک زندگی کنونی‌شان، به نفع تغییر حل کرده، با رعایت عادات غذایی و افزایش میزان فعالیت بدنی، کنترل وزن خود را به‌دست می‌گیرند. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد مصاحبه انگیزشی باعث افزایش فعالیت بدنی و ورزش در بیماران مبتلا به CHD می‌شود (28، 29). به‌نظر می‌رسد مصاحبه انگیزشی با فراهم کردن انگیزش لازم به‌عنوان سوخت و انرژی مورد نیاز رفتار، به بیماران در به کار بستن اطلاعات و

دستورات پزشکی، از جمله افزایش فعالیت بدنی، ورزش کردن و رعایت رژیم غذایی کم‌کالری، کمک می‌کند. این امر از راه ارضاء نیازهای بنیادی روان‌شناختی که با رعایت اصول و فنون مصاحبه انگیزشی فراهم می‌آید، میسر می‌شود (30). نیازهای بنیادی روان‌شناختی (نیاز به خودمختاری¹، شایستگی² و ارتباط با دیگران³) در نظریه خودتعیین‌گری⁴ (31) به‌تازگی به‌عنوان پشتوانه نظری برای مصاحبه انگیزشی مطرح شده‌اند (32). رعایت خودمختاری مراجع در تمام اصول مصاحبه انگیزشی نهفته است. خودمختاری مراجع از طریق اجتناب از مواجهه‌سازی و اجبار تقویت می‌شود. بدین معنی که گزینه‌های رفتاری مختلف ارائه و ناهماهنگی میان رفتار کنونی مراجع و رفتار مناسب آشکار می‌شود. نیاز به شایستگی در مصاحبه انگیزشی به‌وسیله فراهم آوردن اطلاعات واضح و روشن در مورد ملزومات ایجاد رفتار جدید فراهم می‌شود. این امر از راه کمک به بیمار برای در نظر گرفتن انتظارات واقع‌گرایانه و هم‌چنین، دادن بازخورد مثبت و غیرقضاوتی ایجاد می‌شود. نیاز به ارتباط با دیگران در مصاحبه انگیزشی به‌وسیله علاقه و گرمی صادقه‌ای که به‌وسیله مصاحبه‌گر ابراز می‌شود (ابراز هم‌دلی و حمایت غیرمشروط و اجتناب از انتقاد و سرزنش) تأمین می‌شود.

هم‌چنین یافته‌ها نشان داد در بیماران دارای اضافه وزن (هر دو گروه آزمایش و شاهد) BMI روند افزایشی دارد. به بیان دیگر، وزن بیماران مبتلا به CHD دارای اضافه وزن حدود سه ماه پس از عمل جراحی افزایش یافته است. برای تبیین این موضوع چند احتمال وجود دارد: 1) بیماران پس از عمل جراحی فعالیت بدنی روزمره و شغلی پیش از عمل را از دست می‌دهند؛ 2) استرس ناشی از شرایط بیماری پس از چند ماه کاهش پیدا کرده است؛ 3) رژیم دارویی بیماران تغییر می‌یابد؛ و 4) توجه خانواده و اطرافیان به تغذیه بیمار بیشتر می‌شود. برای بررسی این احتمال‌ها، انجام پژوهشی که تمام عوامل یادشده را پیش از عمل جراحی تا چند ماه پس از آن بررسی کند، ضروری است.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد مصاحبه انگیزشی تأثیر معنی‌داری بر چاقی بیماران مبتلا به CHD ندارد. این یافته با پژوهش‌های مشابه (13) ناهماهنگ است. بر پایه این یافته، به‌نظر می‌رسد برخلاف اضافه وزن، چاقی بیشتر از عوامل تغییرناپذیر (مانند وراثت و ژنتیک) تأثیر می‌پذیرد تا عوامل

1- autonomy
3- relatedness

2- competence
4- self-determination theory

کلینیک بازتوانی، خانم ثریا اعتمادی، روانشناس مرکز قلب تهران و هم‌چنین تمامی منشی‌های پذیرش، پرستاران و سایر کارکنان کلینیک بازتوانی و مرکز قلب تهران که با همکاری‌های خود، انجام این پژوهش را در مرکز قلب تهران میسر ساختند، تقدیر و تشکر می‌شود.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

1. World Health Organization. The global burden of disease 2004 update [Internet]. Switzerland: World Health Organization; 2008 [updated 2010 November 17; cited 2012 April 15]. Available from: <http://www.who.int/evidence/bod; 2008>.
2. Taghavi M. Features of death in 18 province of Iran in 2000. Tehran: Tandis Publications; 2002. [Persian]
3. Andreoli TE, Benjamin IJ, Griggs RC, Wing EJ. Cecil essentials of medicine. 8th ed. Saunders: Russell Lafayette; 2010.
4. Watkins L. Epidemiology and burden of cardiovascular disease. Clin Cardiol. 2004; 27(6 Suppl 3):III2-6.
5. Tan YY, Gast GC, van der Schouw YT. Gender differences in risk factors for coronary heart disease. Maturitas. 2010; 65(2):149-60.
6. Williamson DA, Newton RL, Walden HM. Obesity. In: Nikcevic AV, Kuczmierczyk AR, Bruch M, editors. Formulation and treatment in clinical health psychology. New York: Rutledge; 2006.
7. Lavie CJ, Milani RV, Ventura HO. Obesity and cardiovascular disease risk factor, paradox, and impact of weight loss. J Am Coll Cardiol. 2009; 53(21):1925-32.
8. McMahan CA, Gidding SS, McGill HC Jr. Coronary heart disease risk factors and atherosclerosis in young people. J Clin Lipidol. 2008; 2(3):118-26.
9. Wilsgaard T, Arnesen E. Body mass index and coronary heart disease risk score: the Tromsø study, 1979 to 2001. Ann Epidemiol. 2007; 17(2):100-5.
10. Brodie DA, Inoue A. Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure. J Adv Nurs. 2005; 50(5):518-27.

تغییرپذیر (مانند میزان فعالیت بدنی و عادات‌های غذایی). این احتمال نیز وجود دارد که بیماران مبتلا به چاقی به دلیل ناآمیدی و افسردگی ناشی از چاقی، تلاش کمتری برای کنترل وزن انجام دهند. به بیان دیگر، مرکز کنترل¹ آن‌ها بیرونی است و به همین دلیل تأثیر عوامل شخصی و درونی را در کنترل وزن کمتر از حد واقعی برآورد می‌کنند. تبیین دیگر این است که افراد مبتلا به چاقی به فراگیری مهارت‌های رفتاری و پاسخ‌های شناختی مورد نیاز برای کنترل موفقیت‌آمیز وزن‌شان نیازمندند، امری که در مصاحبه انگیزشی به صورت مستقیم به آن پرداخته نمی‌شود (33). در این زمینه پژوهش مشابهی نیاز است تا اثر CHD بر چاقی را با استفاده از یک گروه شاهد غیربیمار بررسی کند.

به طور خلاصه، یافته‌های پژوهش حاضر، اثربخشی مصاحبه انگیزشی را در کنترل BMI بیماران مبتلا به CHD دارای اضافه وزن تأیید کرد. از آنجا که یکی از برنامه‌های بازتوانی مربوط به بیماران مبتلا به CHD، مداخله‌های روان‌شناختی برای افزایش توانمندی بیماران قلبی برای کنترل عوامل خطر است، گنجاندن مداخله انگیزشی برای افرادی که اضافه وزن دارند، به آن‌ها کمک خواهد کرد تا افزون بر کنترل وزن، عوامل خطر دیگری را که از این عامل تأثیر می‌پذیرند، به صورت مؤثری کنترل کند. افزون بر این، توجه به شدت افسردگی بیماران، به عنوان عامل مزاحم در کنترل عوامل خطر قلبی - عروقی ضروری است.

استفاده نکردن از طرح کنترل انتظار²، یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین یافته‌های مربوط به اثربخشی مصاحبه انگیزشی در گروه آزمایشی افراد دارای اضافه وزن را باید با احتیاط بیشتری تفسیر کرد. انتخاب بیماران از یک بیمارستان و پی‌گیری نشدن آنان پس از پس‌آزمون، از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که تعمیم یافته‌های پژوهش را با مشکل مواجه می‌کند. محدودیت دیگر، اجراء نشدن جلسه‌های مصاحبه انگیزشی برای گروه شاهد، پس از خاتمه پژوهش بود، که به دلیل محدودیت زمانی و مشکل در هماهنگی با بیمارستان میسر نشد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از آقای دکتر سعید صادقیان، معاون پژوهشی مرکز قلب تهران، از آقای دکتر مصطفی نجاتیان، مدیر

11. Knight KM, McGowan L, Dickens C, Bundy C. A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. *Br J Health Psychol*. 2006; 11(pt2):319-32.
12. Baker A, Richmond R, Castle D, Kulkarni J, Kay-Lambkin F, Sakrouge R, et al. Coronary heart disease risk reduction intervention among overweight smokers with a psychotic disorder: pilot trial. *Aust N Z J Psychiatry*. 2009; 43(2):129-35.
13. Navidian A. The effect of group motivational interviewing on behavior and performance of patients with hypertension, obsessive-compulsive disorder and obesity [dissertation]. [Iran]: University of Esfahan; 2009. [Persian].
14. Poursharifi H. Effectiveness of motivational interviewing on improving health behaviors in adults with Type II diabetes.[dissertation]. [Iran]: Tehran University; 2007. [Persian].
15. Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behav Psychother*. 1983; 11(2):147-72.
16. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change. New York: Guilford Press; 2002.
17. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change in smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983; 51(3):390-5.
18. Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behav Cogn Psychoth*. 1995; 23:325-34.
19. Rollnick S, Miller WR, Butler C. Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior. New York: Guilford Press; 2008.
20. Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behaviour Cog Psychotherapy*. 1995(23):325-34.
21. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
22. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the depression, anxiety, stress scales (2nd ed.). Sydney: Psychology Foundation; 1995.
23. Moradipناه F. Investigating the effectiveness of light music on anxiety, stress and depression among patients with cardiac catheterism [dissertation]. [Iran]: University of Tarbiat Modarres; 2006. [Persian].
24. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the depression anxiety stress scale in clinical groups and a community sample. *Psychol Assess*. 1998; 10:176-81.
25. Crawford JR, Henry JD. The depression anxiety stress scale (DASS): Normative data and latent structure in a large none-clinical sample. *Br J Clin Psychol*. 2003; 42(pt 2):111-31.
26. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of depression, anxiety and stress scale (DASS-21) for Iranian population. *Develop Psychol*. 2005; 4(1): 292-9. [persian].
27. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2005; 55(513):305-12.
28. Tobin VJ. Facilitating exercise behaviour change: A self-determination theory and motivational interviewing perspective [dissertation]. [Bangor]: University of Walse; 2003.
29. Ghasemipour Y, Bahrami-Ehsan H, Abbaspour-Ghahremanlunejad S, Poursharifi H. Mechanism of effectiveness of motivational interviewing on physical activity among patients with coronary heart disease. The third national congress on research in clinical psychology, Tehran, 2011. [Persian].
30. Ghasemipour Y, Bahrami-Ehsan H, Abbaspour-Ghahremanlunejad S, Poursharifi H. The effectiveness of motivational interviewing on satisfying basic psychological needs of the patients under coronary artery bypass grafting (CABG). *J Clin Psychol*. 2011; 3(2):43-53. [Persian]
31. Deci EL, Ryan RM. The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychol Inq*. 2000; 11(4):227-68.
32. Foote J, DeLuca A, Magura S, Warner A, Grand A, Rosenblum A, et al. A group motivational treatment for chemical dependency. *J Subst Abuse Treat*. 1999; 17(3):181-92.
33. Sadeghi K, Gharraee B, Fata L, Mazhari SZ. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in treating patients with obesity. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2010; 16(2):107-17. [Persian].

Original Article

The Effectiveness of Motivational Interviewing in Treating Overweight and Obesity of Patients With Coronary Heart Disease

Abstract

Objectives: The present study investigated the effectiveness of motivational interviewing in treating overweight and obesity among patients with coronary heart disease. **Method:** Using Quasi-experimental, pretest- posttest design with a control group, 110 patients who had previously coronary artery bypass grafting (CABG) were selected and assigned to two groups: experimental (n=60) and control (n=50) groups. These two groups had scored on body mass index (BMI) equal or above 25. The experimental group participated in motivational interviewing sessions in addition to regular cardiac rehabilitation programs. BMI, symptomatic depression, anxiety and stress were assessed in pretest and posttest (after three months). Data were analyzed using repeated measures analysis of variance regarding criteria of BMI for overweight and obesity. **Results:** Motivational interviewing was effective in controlling overweight, but not in the obese group. **Conclusion:** The findings indicate that motivational interviewing is effective to control overweight as a risk factor of coronary heart disease. Overweight is more related to lifestyle than obesity. It seems obesity is under influence of non-modifiable factors like genetic which is not easy to change.

Key words: *motivational interviewing; overweight; obesity; coronary heart disease*

[Received: 20 November 2011; Accepted: 7 March 2012]

Yadollah Ghasemipour ^{*}, Hadi Bahrami Ehsan ^a, Somayyeh Abbaspour ^b, Hamid Poursharifi ^c

^{*} Corresponding author: University of Malayer, Malayer, Iran, IR.

Fax: +98851-3339844

E-mail: y.ghasemipour@malayeru.ac.ir

^a Tehran University, Tehran, Iran; ^b University of Alzahra, Tehran, Iran; ^c Tabriz University, Tabriz, Iran.